

# 知情同意书

方案名称：新型冠状病毒肺炎感染患者的病例调查

方案版本号：V3.0，2020 年 1 月 26 日

研究机构：遵义医科大学附属医院

主要研究者：黄迪

您将被邀请参加一项临床研究，本知情同意书提供给您一些信息以帮助您决定是否参加此项临床研究。请您仔细阅读，如有任何疑问请向负责该项研究的研究者提出。本次研究经本机构生物医学研究伦理审查委员会审查通过。

## 研究目的：

武汉出现的新型冠状病毒感染肺炎（Corona Virus Disease 2019，COVID-19），是一种急性感染性肺炎，是人类之前未认识的疾病，传染性强，人群普遍易感。疫情恰逢春节期间，人口大量流动等因素导致发病水平向全国及海外蔓延。截至 2020 年 2 月 16 日，中国共报告确诊病例 57943 例，重症 10644 例，死亡 1770 例；全球 25 个国家报告 683 确诊病例，COVID-19 成为国际关注的突发公共卫生事件。为了解我国公众 COVID-19 的应对状况，本研究对我国公众 COVID-19 的认知、态度、行为及焦虑抑郁开展研究，为政府部门采取针对公众的包括健康教育在内的精准防控策略提供依据。

## 研究过程：

本研究通过审查患者的病例，实验室检查，CT 资料，进行审查。如果您同意参与这项研究，我们将对您进行编号，建立调查档案。并对您和您家人的情况，进行简单咨询。我们将在查阅您的病例时之前，需征求您的意愿，向您介绍该项研究的有关情况，也请您提供与本次调查有关的真实情况。

## 在本研究中您需要做什么？

一旦进入本研究需要您提供有关本次调研涉及到问题的真实情况；告诉研究者自己在本次研究期间发现的问题及困难；告诉研究者自己在最近是否曾参与其他研究，或目前正参与其他研究等。

## 风险与不适：

由于本研究涉及病例调查以及简单的询问，会耽误您大约 5-10 分钟进行询问，过程中不会出现任何不适症状。

### **参与本研究有何受益？**

通过参与此次调查，您会看到自己对 COVID-19 的流行病学有个新的认知，进一步提高您对新冠肺炎的理解。

**参与本研究的费用：**参与本研究将通过对您调查信息资料进行研究，相关费用不由您承担。

### **隐私问题：**

如果您决定参加本项研究，您参加试验及在试验中的个人资料均属保密。负责研究人员将使用您的调查信息进行研究。这些信息可能包括您的性别、年龄、民族、婚姻状况、居住地等信息。您填写的数据资料将保存在有密码的电脑内，仅供研究人员查阅。为确保研究按照规定进行，必要时，政府管理部门或伦理审查委员会的成员按规定可以在研究单位查阅您的个人资料。这项研究结果发表时，将不会披露您个人的任何身份信息。

**您是否可以退出本研究？**您参加本项研究是自愿的。您可以选择不参加本项研究，或者在任何时候申请退出研究，您不会受到任何不公平的待遇，您的数据将不纳入研究结果，您的任何权益不会因此而受到影响。

如果您没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止您继续参与本项研究。

研究前，我们会将知情同意书电子版发给您阅读，并为您讲解相关内容，若您同意参与本研究后，我们会将知情同意书签署页纸字版发给您，您只需要电子签名即可。需要说明的是，研究团队成员和您的沟通记录将会被截图或以录音的形式保存（会绝对保密），以备伦理委员会审查。您可随时了解与本研究相关的信息资料和研究进展，如果您有与本研究有关的问题，或您在研究过程中发生了任何不适，或有关于本项研究参加者权益方面的问题您可以通过与 黄迪 18585854884 联系。

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：

受试者联系电话：

日期：2020年1月1日

法定代理人签名：

与受试者关系：

联系电话：

日期： 年 月 日

监护人签名：

与受试者关系：

联系电话：

日期： 年 月 日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名：黄迪

研究者签名：黄迪

日期：2020年2月1日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：2020年2月7日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名：黄迪

研究者签名：黄迪

日期：2020年2月7日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：2020年2月7日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名：黄迪

研究者签名：黄迪

日期：2020年2月7日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_ 受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_ 与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_ 与受试者关系： 父女

联系电话：\_\_\_\_\_

日期： 2020 年 2 月 11 日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名： 董迪

研究者签名： 董迪

日期： 2020 年 2 月 11 日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：2020年1月10日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名：黄迪

研究者签名：\_\_\_\_\_

日期：2020年2月10日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究,或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划,或者有任何其他原因,研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名: \_\_\_\_\_

受试者联系电话: \_\_\_\_\_

日期: 2020 年 2 月 10 日

法定代理人签名: \_\_\_\_\_

与受试者关系: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

监护人签名: \_\_\_\_\_

与受试者关系: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况,包括其权利以及可能的受益和风险,并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名: 黄迪

研究者签名: 黄迪

日期: 2020 年 2 月 10 日

(注: 如果受试者不识字时尚需见证人签名, 如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话: 0851-28608776



## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：2020年2月8日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名：黄旭

研究者签名：黄旭

日期：2020年2月8日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究,或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划,或者有任何其他原因,研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名: \_\_\_\_\_

受试者联系电话: \_\_\_\_\_

日期: 2020 年 2 月 11 日

法定代理人签名: \_\_\_\_\_

与受试者关系: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

监护人签名: \_\_\_\_\_

与受试者关系: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况,包括其权利以及可能的受益和风险,并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名: 黄迪

研究者签名: 黄迪

日期: 2020 年 2 月 11 日

(注: 如果受试者不识字时尚需见证人签名, 如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话: 0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究,或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复,我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划,或者有任何其他原因,研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名: \_\_\_\_\_

受试者联系电话: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

法定代理人签名: \_\_\_\_\_

与受试者关系: \_\_\_\_\_

联系电话: \_\_\_\_\_

日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

监护人签名: \_\_\_\_\_

与受试者关系: 父女

联系电话: \_\_\_\_\_

日期: 2020年2月8日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况,包括其权利以及可能的受益和风险,并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名: 黄迪

研究者签名: 黄迪

日期: 2020年2月8日

(注: 如果受试者不识字时尚需见证人签名, 如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话: 0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：2020年2月7日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名：黄迪

研究者签名：黄迪

日期：2020年2月7日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：2020年2月7日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名：黄迪

研究者签名：黄迪

日期：2020年2月7日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果我没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系： 父子

联系电话：\_\_\_\_\_

日期： 2020 年 2 月 7 日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名： 黄 迪

研究者签名： 黄 迪

日期： 2020 年 2 月 7 日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776

## 知情同意书签署页

我已经阅读了本知情同意书。

我有机会提问而且所有问题均已得到解答。

我理解参加本项研究是自愿的。

我可以选择不参加本项研究，或者在任何时候通知研究者后退出而不会遭到歧视或报复，我的任何权益不会因此而受到影响。

如果没有遵守研究计划，或者有任何其他原因，研究者可以终止我继续参与本项研究。

我将收到一份签过字的“知情同意书”副本。

受试者签名：\_\_\_\_\_

受试者联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

法定代理人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系：\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

监护人签名：\_\_\_\_\_

与受试者关系： 父女

联系电话：\_\_\_\_\_

日期： 2020 年 2 月 7 日

我确认已向受试者解释了本研究的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

研究者姓名： 董 旭

研究者签名： 董 旭

日期： 2020 年 2 月 7 日

(注：如果受试者不识字时尚需见证人签名，如果受试者无行为能力时则需代理人或监护人签名)

遵义医学院附属医院生物医学研究伦理委员会办公室联系电话：0851-28608776